Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*31.07.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:



- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

<table>
<tr><th>TOP</th><th>Beitrag/Thema</th><th>eingebracht von</th></tr>
<tr><td>1</td><td>

Aktuelle Lage
International

Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
Ca. 17 Mio. Fälle mit 666.857 Verstorbenen (3,92 %)
Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:

Wenig Veränderung
Weiterhin hohe Zahlen in Indien, Brasilien und Argentinien , wobei diese im Verhältnis gesehen werden müssen
Indien hat hohe Fallzahlen aber eine niedrige Inzidenz, das indische MOH hat im Rahmen einer Seroprävalenzrate von 17% in drei Slums von Mumbai feststellen können; Insgesamt gab es ca. 110 000 Fälle in ganz Mumbai
Seit 6 Monaten ist die COVID-19-Lage ein Public Health Event of International Concern
Ab heute hat Eid al-Adha begonnen und weltweit wird die Situation diesbezüglich beobachtet. WHO hat eine Guideline dazu herausgebracht. Es werden größere Veranstaltungen, Familienfeiern und Zusammenkünfte erwartet

7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner

Wenig Veränderung
Neu: Eswatine (ehem. Swaziland) und Färöer Inseln

Preprint: COVID-19/ Strategies to reduce the risk of SARS-CoV-2 re-introduction from international travelers (LSHTM)

Studie untersucht Länge von Quarantänemaßnahmen bei internationalen Reisenden im Hinblick auf die Dauer und Übertragungsrisiko (Modellierung)
Es werden vier Szenarien für die Einreisebestimmungen im Hinblick auf Quarantäne und Testung untersucht
Methoden: Einreisende aus UK und USA nach UK werden verglichen, wobei die Zahl der Einreisenden und Ausreisenden gleich ist; Stand der Prävalenz der Ausreiseländer: 20.07.2020; stets im Vergleich zu keiner Quarantäne und keiner PCR-Testung bei Einreise

Annahmen: 70% der Reisenden, die zum Zeitpunkt der Reise symptomatisch waren, wurden an der Reise gehindert (Überwachung des Syndroms bei der Abreise), Reisevolumen im Juli 2020 entspricht 1% von dem im Juli 2019; 3-55% der infizierten beabsichtigten Reisenden asymptomatisch; Spezifität des Tests = 100%; Die Infektiosität der symptomatischen Fälle beginnt 2,3 Tage vor dem Auftreten der Symptome
Mögliche Screening policies im Hinblick auf Risikominderung:
<u>Low:</u> keine Quarantäne und Testung nach Einreise
<u>Moderate</u>: Quarantäne für 7 Tage nach Einreise, keine/einmalige PCR-Testung am Ende der Quarantäne

</td><td>

ZIG1

</td></tr>
</table>



<table>
<tr><td></td><td>Entlassung aus Quarantäne nach Ablauf des Zeitraum mit oder ohne einmaliger Testung
<u>High</u>: Quarantäne nach Einreise; 1. PCR-Testung (0-2 Tage), 2. Testung (2,4, 6 Tage) nach 1. Testung, Entlassung aus Quarantäne nach zwei neg. Testergebnissen oder 14 Tage nach ersten pos. Testergebnis.
<u>Maximum</u>: 14 Tage Quarantäne nach Einreise, keine/einmalige Testung am Ende der Quarantäne, Entlassung nach 14 Tagen mit/ohne neg. Test nach Ablauf der Quarantänezeit.
o Ergebnisse:
Baseline: Zwischen 2-12 (EU) und 3-24 (USA) Infizierte würden in die Gemeinschaft eintreten/einreisen; der deutliche Unterschied zwischen UK und USA durch Prävalenz erklärend
Test bei Ankunft: -> Reduzierung um 50%
Quarantäne für 6 Tage, PCR-Test am Tag 5
-> 88% Reduzierung des Übertragungspotenzials
Quarantäne für 8 Tage, PCR-Test an Tag 7
-> 94% Reduzierung des Übertragungspotenzials
Mit obligatorischer 14d-Quarantäne: 0-1 aus EU und USA
-> Reduzierung um 99%
Eintragspotential abhängig vom Geschehen im Zielland (hohe Inzidenz in beiden Länder ergäbe wenig Unterschied)
Längere Quarantänezeiten sorgen dafür, dass das Infektionszeitfenster abgedeckt wird und weniger Eintrag in die Community geschieht
Zweite Testrunde hat eher marginale Auswirkung; Testung vor dem Flug hat ebenfalls einen geringen Vorteil, am wirksamsten nur einen Tag vor Abflug


o [redacted]</td><td>ABT1/alle</td></tr>
</table>

	○ [redacted]	Präs
	• [redacted] ○ [redacted]	FG32
	National Probleme mit dem Dashboard • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 208.698 (+870), davon 9.141 (4,4%) ○ Zahlen liegen über dem Niveau der letzten Woche ○ Todesfälle (+7), Inzidenz 251/100.000 Einw., ca. 192.300 Genesene, Reff=1,06, 7T Reff=1,19 • Fälle und Todesfälle pro Bundesland ○ Bis auf Saarland haben alle BL Fälle gemeldet ○ Spitzenreiter sind BW/NRW/BY • Nowcasting ○ R-Wert Talsohle erreicht, geht wieder hoch • 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer ○ Anstieg in vielen BL • Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ○ LK mit Inzidenz >100: Dingolfing-Landau (189) ○ LK Dittschmarschen unterschiedliche kleine Geschehen • [redacted]	FG32



- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

- Ausbrüche nach Setting
  Es werden Angaben zu Arbeitsplatz, Betreuung, Teil eines Ausbruch gesammelt, jedoch keine detaillierten Informationen zum Infektionssetting.
  In Ausbrüchen ist das Setting oft bekannt wobei die Definition eines Ausbruchs recht willkürlich ist. Jedes GA entscheidet fallbasiert, ob ein Ausbruch oder Unterausbruch angelegt wird. Es gibt GA, die würden für jeden Ausbruch innerhalb einer Pfingstgemeinde einen Ausbruch anlegen und andere würden das wiederum zu einem großen Ausbruch zusammenfassen.
  Die Anzahl der Ausbrüche und Anzahl der Fälle, Zahl der Ausbrüche insgesamt und Anzahl der Fälle werden erfasst. Grobe Zuordnung möglich und Großteil sind im Haushalt, Alten und Pflegeheime und Arbeitsplatz. Das Setting lässt sich nicht 100%ig unterscheiden und Kirchengemeinden kommen nicht vor. Es wurden einmal Fähre und vier Mal Flug genannt. Ausbrüche werden auch mit einem 1Fall und dessen KP angelegt zum contact managment.
- Häufigste Expositionsländer im Ausland aus den Meldewochen 27 bis 30
  - 10-20% aller Meldung mit Exposition im Ausland
  - Balken führend, keine großen Änderung
- Anzahl Labortestungen
  - Positivenrate ist leicht gestiegen (0,8%) obwohl mehr Testungen durchführt werden
  - Kapazitäten sind gestiegen und viele Labore melden
- Mortalitätssurveillance
  - Zahlen hängen nach und für Dt. wird eine geringe Mortalität berichtet im Vergleich zum Ausland.
  - EuroMOMO-Daten
  - Es sind nicht die Länder, dennoch sind die Todeszahlen nach Altersgruppe in der Gruppe 15-44 Jahren deutlich erhöht

[redacted]

	[redacted]	VPräs/alle
2	**Internationales (nur freitags)** • [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZIG1 Präs/IBBS
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Gestern Irritationen auf Grund von Unterschieden zwischen Lagebericht und Homepage, das wurde angepasst und ist jetzt identisch	FG 32
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] **Presse** • Dashboard leider geht immer noch nicht	[redacted]

	• Fallzahlen auf Homepage sind aktuell mit Hinweis auf Probleme mit dem Dashboard • Empfehlungen der STIKO zu COVID19 Pandemie sind veröffentlicht. Influenzaimpfempfehlung für Risikogruppen sind hervorgehoben. *TODO: Presse: Stellungnahme zum ZEIT-Artikel wird aktuell vorbereitet*	Presse
6	**Neues** [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] [redacted] • [redacted] ○ [redacted]	[redacted]
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Entwurf einer Ergänzung unserer "Hinweise zur Testung auf SARS-CoV-2" sowie (interne) Hintergrundinformationen/ Testungen im Zusammenhang mit einem erhöhten Expositionsrisiko** Entwurf ist fertig und es wird Feedback zu Verständlichkeit und weiteren relevanten Faktoren seitens ABT1 erbeten.	ABT1/alle

	Reisende als ein Beispiel wie eine erhöhtes Exposition niederschlagen kann und Darstellung der beeinflussenden Faktoren erfolgt in dem Papier. Es ist eine Herausforderung die Ergebnisse der Modellierung in einer Sprache, mit der man eine Einschätzung bekommt welcher Grad der Infektionsprävention erzielbar ist, darzustellen. Zusammenfassung: Als Alternative zur einmaligen Testung mit den ganzen logistischen Problemen steht eine alternative zeitversetzte Testung oder zweimalige Testung; wie in dem Papier der Staatskanzleien ist die Restrisikoreduktion am größten nach 14 Tagen Quarantäne. Die Zielgruppe ist neben Ärzten und Betroffenen auch der ÖGD. [redacted] *TODO: [redacted] soll eine Erläuterung der Berechnungen und Modellierung(en) in einem separaten Paper erarbeiten. Hier wären mehr epidemiologische Überlegungen und weniger Testparameter wichtig.* **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente**	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz** ○ Arbeitsschutzstandard des BMAS ist im RKI in Abstimmung ○ Arbeit an der TRBA für respiratorische Viren mit pandemischen Potential mit fortlaufenden Telefonkonferenzen ○ Gespräche zu Arbeitsschutz an Ankünften am Flughafen und Laboren finden statt. Hausinterne Abstimmung von [redacted], IBBS mit [redacted], ZBS 1 (im UA3) und [redacted], ZBS 2 (Hauptausschuss ABAS) hat stattgefunden ○ AG Wiederaufbereitung von FFP-Masken erarbeitet Projektplan; ergebnisoffen~~,~~	IBBS

10	**Labordiagnostik** • ZBS1 ○ In der KW 31 gingen 4.141 Proben davon waren 15,5% positiv auf SARS-CoV-2. Hierbei handelt es sich um Langzeitinfizierte und Familiencluster • Virologische Surveillance ○ 129/ 218 Proben pos. auf Rhinoviren; kein Nachweis weiterer Erreger	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen Vorgezogen	
13	**Surveillance** • Dashboard [redacted] • Im SurvNet-Update werden Infektionssettings besser erhoben • 200 Tage LZ: ○ Das LZ war noch nie so lange operativ und es ist kein Ende in Sicht ○ Auswertung basiert auf den Schichteneingabe im Schichtplan. Die multiplen Personen und Aufgaben, die außerhalb des LZs (Testzahlen, Ausbrüche, Labor, Erlasse etc.) erscheinen werden nicht dargestellt. ○ Somit ist das nur ein Einblick ins LZ: ○ Über 2600 Schichten (ca. 7-stündig) ○ Abteilungen:. 75% der Schichten durch Abt. 3, 13 % durch ZIG abgedeckt ○ Über 134 MA haben jemals mitgearbeitet, Abt 3 führen > 90MA. Die Mitarbeit bietet Gelegenheit zu lernen und über die eigenen Arbeitsthemen hinaus blicken zu können. ○ Über 40% der Abt 3 waren jemals mal im LZ. ○ Insgesamt mehr Frauen; OR doppelt so hoch für Frauen ○ Anzahl der Aufgaben hat über die Zeit nicht nachgelassen und kleinere Aufgaben werden nicht	FG32/Präs

	erfasst/als Aufgabe nicht angelegt ○ Bearbeitungsdauer ist gut (9 Aufgaben pro Tag); 83% abgeschlossen, einige sind Daueraufgaben ○ [redacted] ○ Ärztehotline nicht im LZ: Abt1 und 2 und Projektgruppen (25 Ärzt. MA) arbeiten hier viel mit. Aufgabe ist die Beantwortung von fachlichen Fragen. ○ Insgesamt sollten MA sensibilisiert werden, dass die Situation eher länger dauert. Einbeziehen von MA aus anderen Einrichtungen wäre vielleicht eine Option zur Unterstützung. ○ [redacted] ○ Ein Teil der Infos werden in den RKI News publiziert ○ Ideen zu Rekrutierung von neuen MA gern an [redacted]. [redacted] unterstützt *TODO: Infos könnten ins Portal/Intranet eingestellt werden*	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • [redacted]	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** • Nächste Woche geht die KITA-Studienplattform online. Diese wird zunächst intern befüllt und geht dann Deutschland- und Europaweit online •	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 03.08.2020 13 Uhr, [redacted]	